

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
Traitement Radical des Cancers primitifs
de l'Ampoule de Vater

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Jeudi 12 Décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN SOULIÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 14 mai 1889, à Confolens (Charente)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1912

**Contribution à l'Etude
du Traitement Radical des Cancers primitifs
de l'Ampoule de Vater**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 53

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du

Traitement Radical des Cancers primitifs
de l'Ampoule de Vater

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Jeudi 12 Décembre 1912

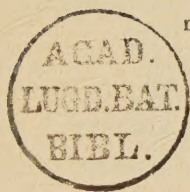
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN SOULIÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 14 mai 1889, à Confolens (Charente)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUBEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
		BARD.
		PONCET.
		JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FABRE.
Clinique ophtalmologique.		ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS.
Clinique des maladies mentales		LÉPINE (J).
Clinique des maladies des enfants.		WEILL.
Clinique des maladies des femmes		POLLOSSON (A).
Physique médicale		CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique		HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie		MOREL.
Matière médicale et Botanique.		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		GUIART.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie		RENAUT.
Physiologie		MORAT.
Pathologie interne		COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales		LESIEUR.
Anatomie pathologique		PAVIOT.
Médecine opératoire		POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT (J.).
Thérapeutique		PIC.
Pharmacologie		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique.	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	(Et.) MARTIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND.
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.).
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLEMARD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, président ; VALLAS, assesseur ; VILLARD et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Je dédie ce travail en témoignage de profonde affection.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

L'ENSEIGNE DE VAISSEAU M. SOULIÉ

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Lyon

Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

Associé National de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de notre
respectueuse gratitude pour le
grand honneur qu'il nous fait
de présider notre thèse.

AU DOCTEUR M. GIRARD

Ex-Interne des Hôpitaux

En hommage d'affectueuse
reconnaissance à mon premier
maître.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

*Ex-Chef de Clinique chirurgicale
à l'Hôtel-Dieu.*

qui nous inspira l'idée de ce travail et nous accueillit toujours avec la plus grande sollicitude. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES D'ÉCOLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas par simple tradition, mais de tout cœur, qu'arrivé au terme de nos études, nous adressons nos plus sincères remerciements à ceux qui s'intéressèrent à nous.

Messieurs les Médecins-Majors Marotte et Job, nous ont toujours accueilli avec une grande bienveillance. Au cours d'une récente maladie, ils ne nous ont ménagé, ni leur science, ni leur dévouement. Nous les prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Le Docteur Girard nous fit le premier aimer et comprendre la médecine. Depuis cinq années, nous avons largement profité de son expérience et de ses conseils, qu'il nous permette de l'assurer de notre entier dévouement.

Monsieur le Docteur Cotte a eu l'idée première de ce travail. Il a bien voulu mettre à notre disposition ses documents particuliers ; malgré nos faibles connaissances en chirurgie, nous avons pu, sous sa direc-

tion, terminer cette étude. Nous sommes heureux de lui renouveler ici nos bien vifs remerciements.

L'appui moral du Docteur Welsch, durant ces trois années d'Ecole, nous a été aussi précieux que sa franche amitié. Les Docteurs Bachelet, Queheille, Sébillot et Terracol. nous ont toujours témoigné une affection profonde. Nous les assurons de la sincérité de nos sentiments.

Au cours de nos aimables causeries, le Docteur Clément Malivert, est toujours resté un interlocuteur courtois ; nous nous plairons à évoquer ses fines réparties. Tous nos amis d'Ecole, trop nombreux pour que nous puissions les citer individuellement, occuperont toujours la meilleure place dans nos souvenirs.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont fixé les faits cliniques et anatomo-pathologiques des cancers des voies biliaires ; mais malgré le puissant intérêt attaché à son étude, le traitement chirurgical a été délaissé jusqu'à ces dernières années. « L'histoire chirurgicale des néoplasmes des voies biliaires, date d'hier », a dit le Professeur Quénu. Cependant, à ces lésions, graves par la rapidité de leur évolution et le résultat fatalement mortel, graves aussi par la mauvaise résistance de leur porteur à l'acte opératoire, s'attaquent aujourd'hui d'audacieuses tentatives de cure radicale.

Le traitement radical du cancer de l'ampoule de Vater, qui constituait un des chapitres les plus sombres de la thérapeutique chirurgicale, est plus particulièrement à l'ordre du jour. Cette tumeur semble devoir sa mauvaise réputation, soit à la difficulté du diagnostic pour un cancer aussi profondément situé, soit encore au petit nombre de succès, qui suivirent l'exérèse radicale. Le traitement par la morphine à hautes doses, préconisé par quelques chirurgiens, ne doit donc pas nous surprendre. En réalité l'examen de tous les cas publiés montre, qu'en moyenne, la tumeur avait la grosseur d'une noisette. Quel autre cancer,

aussi profondément situé, a une symptomatologie assez bruyante pour obliger le malade, porteur d'une tumeur aussi minime, à consulter le chirurgien ? Il est curieux, dit Kausch, de comparer l'évolution de ce cancer vatérien, à la traîtreuse latence de certains cancers de la mamelle.

L'anatomo-pathologie nous montre encore la rareté des généralisations et la lenteur avec laquelle s'étend ce néoplasme. Par ces conditions très favorables à une exérèse radicale, on voit combien ce cancer se distingue des autres affections néoplasiques des voies biliaires. Kehr, en effet, considère « le cancer de la vésicule comme un cancer du foie ». Et alors que Bramann conseille, comme meilleur traitement du néoplasme de la vésicule, d'enlever les vésicules non cancéreuses, Letulle a écrit : « L'avenir réserve à la chirurgie une riche moisson de succès éclatants, le jour où elle abordera le traitement des cancers vatériens, petits, encapsulés, bien limités ».

Chaque chirurgien a essayé de « moissonner » à sa façon, et en parcourant les observations de traitement radical du cancer vatérien, on est frappé de cette particularité, qu'avec si peu de faits, il y ait eu une technique aussi diverse. Nous nous proposons, après une étude anatomo-pathologique, de passer en revue les divers types d'exérèse radicale, pratiqués sur l'ampoule de Vater cancéreuse. Nous nous efforcerons de dégager, des observations publiées, une technique qui permette d'obtenir, tout en abordant le plus grand nombre des cancers, sinon des guérisons définitives, du moins des survies fort appréciables.

CHAPITRE PREMIER.

Historique

Le premier travail d'ensemble paru sur les néoplasmes vatriens, est la thèse de Busson (1890), travail consacré à la clinique et à l'anatomo-pathologie des cancers de l'ampoule.

Les auteurs, qui reprennent ce sujet avec des observations nouvelles, commencent à espérer des progrès de la chirurgie abdominale, un traitement radical de ces tumeurs et Hanot, dans un article de la Revue de Médecine, se demande si un tel cancer, si limité, n'est pas justiciable d'une cure radicale ».

La première intervention pratiquée pour une tumeur vatrienne, fut une opération palliative. Malade de Fraenkel, opérée par Körte, en 1894.

Observation communiquée à la Berlin. Méd. Gesell. le 7 février 1894, publiée le 5 mars 1894, dans la Berlin. Klin. Woche.

Ictère depuis plusieurs mois. A l'opération, hydro-pisie de la vésicule et du cholédoque. Rien d'anormal dans tout l'arbre biliaire. Cholecystostomie. Améliora-

tion. Pour supprimer la fistule biliaire, on allait pratiquer une cholecystenterostomie, lorsque la malade meurt brusquement. A l'autopsie, cancer méconnu de l'orifice interstitiel du cholédoque.

Halsted, de Baltimore, publie en 1899, la première exérèse radicale de cancer vatérien après diagnostic. Puis suivirent les observations de Mayo, Czerny, Körte, Verhoogen, etc.

En 1908, communication de Morian, d'Essen, à la Société de Chirurgie. Le Professeur Quénu, fait paraître, la même année, dans la Revue de Chirurgie, une étude du traitement radical des cancers des conduits biliaires, avec 9 observations concernant les néoplasmes vatoriens.

Cotte, en 1909, préconise pour le traitement radical des cancers ampullaires, la résection circulaire du duodénum. Peu de temps après, parut une observation de Kausch, qui avait appliqué avec succès cette technique légèrement modifiée.

Une Revue générale de Hartmann, en 1909, apporte 2 nouvelles observations et en réunit un total de 14. Plus près de nous, Kausch, au début de 1912, donne une étude très complète du traitement radical des néoplasmes de l'ampoule et en juin dernier, M^{me} Oppenheimer, rassemble 19 observations.

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Villard une vingtième observation inédite. Certes le nombre de cancers vatoriens, pour lesquels on intervint radicalement est plus considérable, plusieurs ont pu nous échapper, mais la plupart, croyons nous, n'ont pas été publiés.

CHAPITRE II

Définition — Anatomie — Pathologie

Les 20 observations que nous avons réunies, concernent des cancers vatriens primitifs. Tous les cas s'éloignant du sujet, tels que cancers secondaires ou néoplasmes très étendus, à point de départ impossible à préciser, ont été écartés.

Sous la dénomination de cancer vatrien primitif nous comprendrons donc : des tumeurs malignes de structure différente, ayant toutes leur origine dans la région ampullaire.

Ces néoplasmes débutent le plus souvent dans le cholédoque, quelquefois dans le Wirsung, très rarement dans l'ampoule proprement dite. Ils se présentent sous la forme d'une plaque cancéreuse, d'une masse végétante, d'un champignon du volume d'une noisette, d'un haricot, d'une noix, disent les observations.

La consistance de ces tumeurs est ordinairement ferme. Cette dureté a pu en imposer pour un calcul du

cholédoque et l'acupuncture ne donne souvent pas de résultats décisifs (cf. l'observation de Cunéo). La fixité de la tumeur ne peut non plus trancher le diagnostic ; un calcul ne se mobilise en réalité qu'avec la muqueuse qui l'enclave. On fera glisser d'une façon identique, un néoplasme de l'embouchure cholédoquienne très limité et sans infiltration périnéoplasique. On rencontre d'une manière inconstante des ulcérations à la surface de ces cancers. Dans une autopsie de Kausch la tumeur atteignait la grosseur d'une petite pomme sans être ulcérée. Par contre, à l'autopsie d'un malade de Cade, le duodénum avait un contenu de teinte framboisée avec même quelques caillots de la grosseur d'un noyau de cerise. Ces hémorragies sont décelables dans les selles du vivant par la réaction de Weber.

Comme les canaux aux dépens desquels il se développe, le cancer est au début inclus dans une gangue fibreuse, qui l'encercle, l'isole des parties voisines ; il est parfois possible de l'extirper, comme le fit Navarro, d'une sorte de cavité bien limitée. Le tissu interpancréatico-duodénal ne présente, pendant longtemps, aucune trace d'infiltration néoplasique (Letulle). Schüller, dans 41 cas de cancers vatriens autopsiés, a trouvé 37 fois ce tissu conjonctif indemne de propagation néoplasique. Il existe cependant, comme l'a montré Clermont, des anastomoses incontestables entre la terminaison du cholédoque, l'ampoule et le duodénum. Une simple piqure faite sur la face inférieure de l'ampoule permet d'injecter les lymphatiques

des portions voisines du duodénum jusqu'aux troncs sous séreux.

Le cancer vatérien détermine tardivement de l'adénite de quelques ganglions pancréatiques et mésentériques. A l'autopsie du malade de Cade on note quelques ganglions un peu augmentés de volume, histologiquement sclérosés et infiltrés de pigment biliaire, sans formations nettement néoplasiques. Leclerc et Flaissier ont trouvé un ganglion cancéreux vers la tête du pancréas chez un de leurs malades.

Si l'envahissement des tissus voisins par contiguïté est d'ordinaire discret, sinon nul, la généralisation est rare de l'avis de tous les auteurs. Dans 4 autopsies de Kausch, on ne note pas une métastase. Elles manquent dans les deux cas de Morian. Les anatomo-pathologistes confirment sur ce point les statistiques des chirurgiens. Arronson sur 15 autopsies trouve 4 métastases. Schüller et Miodowsky s'accordent à reconnaître leur rareté. Sur 30 cas de Hagen, il y eût 11 métastases. Dans 58 cas de Kørber, on en trouve 13 fois.

Parmi les organes atteints: le foie est le siège de métastases dans 15 % des cas. 3 fois dans nos 20 observations Czerny, Völcker et Cordua; le pancréas était envahi dans l'observation de Mayo (observation II).

En résumé le cancer vatérien se comporte « comme
« les plaques d'épithélioma intestinal que l'on rencontre
« au niveau de la valvule iléo-cœcale ou sur la flexion
« de l'S iliaque. C'est la même disposition superficielle,
« la même marche lente, avec peu de tendance à

« s'ulcérer, à se généraliser et même à se propager
« aux ganglions adjacents ». Rendu.

Hartmann fait une constatation semblable et d'après lui « les malades atteints de cancer de l'ampoule de
« Vater, meurent de la suppression fonctionnelle des
« voies biliaires et d'infection canaliculaire ascendante
« plus que de généralisation cancéreuse ».

Les voies biliaires sont très dilatées dans la majorité des cas. La vésicule peut atteindre un volume énorme. (Loi de Courvoisier-Terrier). Le cholédoque avait le calibre de l'intestin grêle dans l'observation de Cade. L'hydropysie de tout l'arbre biliaire fut fréquemment observée. Bien que par une pression sur la vésicule la bile ne puisse fluer dans le duodénum, il est fréquent qu'avec une sonde cannelée on puisse facilement cathétériser le cholédoque. Pic.

Chose remarquable : les voies biliaires contiennent très rarement des calculs. 18 % des cas d'après Mayo. Dans les observations de Kausch et de Hartmann, il y avait en même temps calcul cholédocien et cancer de la papille. Il est intéressant de rapprocher la rareté de la lithiase biliaire dans cette affection, de sa fréquence dans le cancer primitif des voies biliaires où elle atteint 70 % des cas d'après la statistique de Mayo.

On voit l'erreur possible dans cette coexistence d'un néoplasme et d'une lithiase. Un malade atteint d'ictère chronique est opéré ; on attribue la rétention à la lithiase biliaire constatée et on enlève le calcul sans autre examen des voies biliaires. (Observations de Hartmann, Hotz, etc...)

Il est fréquent d'observer des infections canalicu-

lares ascendantes, angiocholite suppurée, abcès du foie, kystes suppurés du pancréas, secondaires à l'obstacle vatérien permanent. Dans le cas de non perméabilité du canal accessoire du pancréas, du côté de la caruncula minor, le canal de Wirsung, présente une rétro-dilatation. Le tissu hépatique, infiltré de pigment biliaire, est souvent le siège d'une sclérose commençante, à point de départ périportal (Hanot). Chambras, dans 9 autopsies, a trouvé 3 fois des lésions de pancréatite interstitielle ; elles existaient aussi chez le malade de Cade.

En résumé, les malades porteurs de cancers vatriens ne meurent pas de cachexie, mais d'ictère chronique, d'angiocholite. Un traitement chirurgical précoce donnera d'excellents résultats, puisqu'il n'y a pas de métastases.

Nous pouvons ramener à 3 types les opérations pratiquées sur l'ampoule de vater cancéreuse. Dans les chapitres qui vont suivre nous étudierons successivement :

I. — *La simple papillectomie.*

II. — *La papillectomie suivie d'une excision partielle du duodénum.*

III. — *La résection circulaire du duodénum.*

CHAPITRE III

Papillectomie

Dans ce procédé opératoire, le chirurgien n'enlève pas les couches profondes de la paroi intestinale ; il reste une partie amincie de la tunique duodénale. Ce type de résection muqueuse comprend le plus grand nombre d'observations.

Deux voies s'offrent au chirurgien pour aborder l'ampoule :

La voie rétroduodénale ; la voie transduodénale.

a) *Papillectomie par voie transduodénale.* — C'est le procédé le plus fréquemment employé, 8 fois sur 9 papillectomies. Il permet la duodénotomie exploratrice, il est aussi d'une exécution plus facile.

Premier temps. — *Incision de la Paroi.* — Une laparatomie médiane, menée de l'appendice au-dessous de l'ombilic, donne un jour suffisant. On peut aussi faire l'incision de Kehr ou de Mayo-Robson, prolongée au-dessous de l'ombilic.

Deuxième temps. — *Ponction de la vésicule. Duodénotomie.* — Dans le plus grand nombre des cas on se trouve en présence de la vésicule et des conduits biliaires dilatés ; la ponction de la vésicule est indiquée. Incision paraduodénale de Kocher, décollement rétro-duodéno-pancréatique, qui met le duodénum en évidence. *Duodénotomie exploratrice.* Même dans les cas où le cancer de l'ampoule, s'impose par son allure clinique, la seule palpation du duodénum, permettra rarement de reconnaître la nature des lésions. Nous avons exposé au chapitre anatomo-pathologie, le diagnostic difficile d'un néoplasme d'avec la lithias biliaire.

La duodénotomie exploratrice donnera seule la clé de l'énigme ; l'incision duodénale en même temps qu'elle montrera la nature de l'obstacle biliaire mettra sous les yeux l'étendue des lésions.

Doit-on inciser le duodénum transversalement ou longitudinalement ? L'incision transversale employée par Kraske et Völcker, expose aux rétrécissements de l'intestin ; l'incision longitudinale de 5 à 6 centimètres, donne un jour très suffisant sur l'ampoule et peut être agrandie au gré de l'opérateur.

Troisième temps. — *Ablation de la Tumeur. Section des canaux biliaire et pancréatique.* La muqueuse duodénale est fixée autour de la tumeur par des pinces de Kocher, puis sectionnée. Mayo, dans un cas, pratiqua cette excision au thermocautère. L'hémorragie qui suit cette excision est notable. On sectionne le cholédoque et le Wirsung, à 2 centimètres environ de la tumeur. On arrête momentanément l'écoulement de bile dans la plaie en comprimant le cholédoque, puis un long drain

est mis dans ce dernier conduit pour évacuer la bile à l'extérieur.

Quatrième temps. — *Rétablissement du cours de la bile et du suc pancréatique. Suture des incisions duodénales.* — On recherche les extrémités du cholédoque et du Wirsung; l'extrémité dilatée du cholédoque est facile à repérer, il n'en est pas de même pour le Wirsung, et sa recherche dans la plaie présente parfois de grosses difficultés. On suture au catgut les deux canaux entre eux, puis à la muqueuse intestinale qui s'est peu rétractée.

Réunion de la paroi duodénale antérieure en 2 plans, l'un total, l'autre séro-séreux.

Körte a suturé transversalement l'incision longitudinale, mais il en résulte un plissement et une tension trop grande de la paroi duodénale antérieure. Il faut aussi rejeter le procédé qui consiste à réunir longitudinalement les queues de l'incision, et transversalement la partie moyenne.

Avant de fermer la paroi, on peut placer une mèche de gaze derrière le duodénum, et une autre contre la tête du pancréas avec un drain entre les deux.

b) *Papillectomie par voie rétroduodénale.* — Une seule observation, celle de Hotz. Cette méthode comporte de nombreux inconvénients.

Lorsque la dernière portion du cholédoque, ce qui est presque la règle, traverse le pancréas, on est gêné pour fixer au duodénum le Wirsung et le cholédoque, et pour fermer la plaie duodénale. Ce procédé, enfin,

ne permet pas une duodénotomie exploratrice et expose aux fistules duodénales postérieures.

Nous avons réuni 9 observations de simple papillectomie.

Voie Rétroduodénale

OBS. I. — *Mayo*. — (Observation publiée en 1905, in Kausch).

Papillectomie par voie rétroduodénale. Cholédocho-duodéno-néostomie.

Mort au bout de 8 semaines.

Malade de 49 ans, ictérique depuis 3 mois, qu'on croyait porteur d'un calcul du cholédoque. Intervention. On mobilise le bord duodéal droit, et on le récline en haut et à gauche. A l'ouverture du cholédoque, on constate l'existence d'un cancer. Excision de la tumeur, puis suture du duodénum. L'extrémité du cholédoque est réimplantée dans le duodénum. Pansement. Lorsqu'on retire celui-ci au bout de 8 jours on aperçoit une fistule biliaire. Le malade meurt d'épuisement après huit semaines.

Voie Transduodénale

OBS. II. — *Hotz*. — (Opération faite en avril 1911. Publiée par Oppenheimer in Deuts. Zeits. für Chirur. T. 115, 1912).

Papillectomie par voie transduodénale. Gástroentérostomie. Récidive au début de 1912 d'après Kausch.

Femme de 61 ans, présentant depuis 6 mois un ictère qui d'intermittent est peu à peu devenu complet. A la fin douleurs d'estomac. Intervention. Vésicule et conduits biliaires dilatés, on sent dans le duodénum une tumeur de la région ampullaire. On décide de l'extirper par voie transduodénale. Après une gastroentérostomie postérieure on mobilise le duodénum. Par une incision de 4 centimètres sur la paroi antérieure, on arrive sur la tumeur qui est enlevée avec un morceau de la muqueuse intestinale, sans toucher à la paroi duodénale située derrière. On fixe les canaux biliaire et pancréatique très dilatés à la partie du duodénum privée de muqueuse. Suture de la paroi intestinale. Guérison. La malade se portait bien en novembre 1911 et avait repris son travail. La tumeur grosse comme une noix provient de la muqueuse du cholédoque. C'est un adéno-carcinome à cellules cylindriques. La tunique fibreuse n'est pas envahie.

Kausch dans son mémoire paru au début de 1912, signale que la malade fait une récurrence.

OBS. III. — *Mayo* (deuxième observation). — (Opérée en 1900, publiée en 1901, in Kausch).

Cholécystostomie le 3 novembre 1900. Deuxième opération le 29 janvier 1901. Papillectomie transduodénale. Récurrence au bout de 6 mois. Cholécystoduodénostomie.

Femme de 59 ans. Souffrant depuis plusieurs années de douleurs épigastriques survenant par crises et suivies d'ictère. Depuis un an faiblesse plus grande et perte de poids (20 kilos), ictère plus modéré.

Première intervention. — Grosse vésicule calculeuse,

conduits biliaires modérément dilatés. Cholécystostomie.

L'ictère disparaît, mais le cholédoque reste imperméable. Au bout de 3 mois, seconde intervention. On sent à l'extrémité du cholédoque un corps dur pris pour un calcul, incision duodénale antérieure longue de 2 pouces. Tumeur dans l'ampoule de la grosseur d'une phalangette de l'annulaire, en partie située dans la paroi, faisant hernie dans l'intestin. On l'enlève au bistouri et au thermocautère. Suture de l'incision duodénale. Histologiquement c'est un cancer à cellules cylindriques. La fistule biliaire est refermée au bout de 3 semaines, selles colorées. La malade revient au bout d'un an et demi. Ictère. Douleurs.

Troisième intervention. — Grosse vésicule, l'ouverture du duodénum montre une récédive, le pancréas est envahi. On fait une cholécystoduodénostomie au bouton de Murphy. Guérison opératoire. La malade qui n'a pas été revue, n'a naturellement pas survécu à sa récédive.

OBS. IV. — *Czerny.* — (Opération en 1901, publiée par Schüller en 1901).

Papillectomie transduodénale. Cholédochoduodénostomie. Cholécystostomie. Mort au bout de 5 jours.

Homme de 66 ans, ictère, glycosurie, gros foie, grosse vésicule, fièvre. A l'ouverture du ventre, le 3 mai 1910, ascite, dilatation générale des voies biliaires suppurées. On sent une partie dure au niveau de la partie terminale du cholédoque semblant mobile dans le tissu pancréatique. Incision verticale du duodénum; avec une pince de Museux on

attire une tumeur ulcérée, circulaire, entourant l'orifice du cholédoque, dans laquelle elle se prolonge à 1 centimètre et demi. Excision de la tumeur en 3 morceaux. De la bile purulente s'écoule, on suture la muqueuse du cholédoque à celle du duodénum. Cholécystostomie.

Mort le cinquième jour. Suppuration rétropéritonéale par insuffisance de la suture. Absès métastatique du rein gauche. Noyaux cancéreux secondaires du foie. La tumeur était un adéno-carcinome.

OBS. V. — *Körte*. — (Opération 1902, publiée en 1903. In Archiv. für Chirur. T. 71).

Papillectomie transduodénale. Fixation du cholédoque et Wirsung à la muqueuse duodénale. Drainage de l'hépatique et de la vésicule. Mort le huitième jour.

Femme de 44 ans, ayant eu des coliques hépatiques en mai 1902, de l'ictère avec selles décolorées en décembre la même année. Opération le 28 février 1903. Incision coudée des fausses côtes à l'ombilic. Voies biliaires dilatées. Incision de la vésicule biliaire : pas de calculs. Dans l'épaisseur de la paroi intestinale, vers l'embouchure du cholédoque on sent une petite tumeur. Duodénotomie. On aperçoit une tumeur, grosse comme une cerise, qui recouvre complètement les canaux biliaire et pancréatique. On l'excise avec la muqueuse environnante sans dépasser la sous-muqueuse. On fixe le cholédoque et le Wirsung à la muqueuse duodénale avec des points circulaires. Un drain de quelques centimètres est introduit dans le Wirsung et conduit à l'extérieur en repassant par le cholédoque. Suture transversale du duodénum. Drainage de

l'hépatique. Les drains pancréatique et hépatique sont enlevés au bout de quelques jours. Le sixième jour le pouls devient rapide. Délire. Mort le neuvième jour. Phlegmon rétroduodéal par suite de l'infection de la suture.

OBS. VI. — *Körte*. — (In Kausch).

Papillectomie transduodénale. Malade bien portante depuis 6 ans et demi.

Femme de 47 ans, ictère depuis l'été 1904 sans colique antérieure. Ictère jaune, verdâtre, fèces décolorées, prurit, augmentation du foie, tuméfaction élastique de l'hypochondre.

26 mai 1905, incision longitudinale oblique ; voies biliaires très dilatées, ponction de la vésicule, bile épaisse, avec graviers. Incision du cholédoque, pas de calcul : drain dans l'hépatique, séparation du duodénum ; pas de tumeur du pancréas. Incision longitudinale du duodénum. L'ampoule bombe, on y sent une tumeur dure ; le cathétérisme du canal pancréatique est facile, celui du cholédoque plus difficile. On attire la tumeur avec une pince, on l'excise. La muqueuse du cholédoque est suturée à celle du duodénum. On suture aussi le canal pancréatique par 2 points au cholédoque et au duodénum. Drain dans le canal pancréatique fixé par un catgut, repassé par le cholédoque et sortant par la même incision que le drain de l'hépatique. Fermeture de l'incision duodénale qu'on recouvre avec l'épiploon. Fermeture de la ponction de la vésicule. Fermeture de la paroi abdominale, laissant un tampon et un drain. Carcinome de la partie terminale du

cholédoque. Guérison. 6 ans et 9 mois après l'opération, malade revue bien portante.

OBS. VII. — *Verhoogen*. — (Op. 1905, Publ. 1905) in Quénu. *Revue de Chirurgie*, Paris 1909, T. 1.

Papillectomie transduodénale. Suture du cholédoque à la muqueuse duodénale. Mort au bout de 11 jours.

Femme de 33 ans, ictère, fièvre. Opérée le 23 décembre 1905. Dilatation des voies biliaires ; on sent une nodosité au niveau de l'ampoule de Vater. Duodénotomie. Excision d'une tumeur fongueuse (adénome). Suture de la muqueuse du cholédoque à la muqueuse duodénale. Drain abdominal. Mort le 3 janvier d'infection de l'étage supérieur de l'abdomen, la suture duodénale n'ayant pas tenu.

OBS. VIII. — *Kraske*. — (Publ. en 1910 par Oehler, in Hartmann).

Papillectomie transduodénale. Suture de cholédoque à la muqueuse duodénale.

Femme de 60 ans, se plaignant depuis 6 mois de douleurs épigastriques, ayant un ictère depuis le mois d'août. Le 28 janvier 1910, incision de Kehr ; la vésicule distendue est incisée ; pas de calcul, le cholédoque distendu est incisé, pas de calcul ; mais la sonde est arrêtée, on sent à ce niveau une petite tumeur. Large duodénotomie transversale antérieure à la hauteur de l'ampoule ; on constate au niveau de celle-ci une tumeur de la grosseur d'une petite noix. On l'excise, coupant en tissu sain ; puis on suture la muqueuse duodénale à celle du cholédoque. Fer-

meture de l'incision du duodénum et de celle du cholédoque. Drainage de la vésicule.

Pendant la convalescence, selles sanguinolentes. Guérison. Le 20 avril, la malade est revue en parfaite santé. Histologiquement ; adéno-carcinome typique à point de départ dans la muqueuse du duodénum.

OBS. IX. — Inédite. *Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Villard.*

Syndrome lithiasique par cancer très limité de l'ampoule de Vater. Papillectomie sous-muqueuse. Suture des canaux cholédoque et pancréatique à la muqueuse duodénale. Mort par hémorragie au bout de 24 heures.

Homme de 35 ans, ictérique depuis 14 mois, entre parce qu'il souffre de l'hypochondre droit. Pas d'antécédents héréditaires. A l'âge de 4 ans, adénite suppurée sous-claviculaire du côté droit. Cicatrice ovale sur la cornée gauche, provenant d'une conjonctivite survenue dans l'enfance et atteignant les deux yeux.

Il y a 14 mois, première crise douloureuse. Douleur intense paroxystique. Son siège exact était le bord des fausses côtes droites, avec irradiation légère à l'épigastre. Pas de vomissements. Diarrhée assez abondante. On ne prit jamais la température, mais le malade a eu des frissons. Un médecin consulté, prescrivit diète lactée et lavements froids. Cette crise dura 3 jours et dès le premier, apparût l'ictère, qui ne disparût jamais depuis.

Deuxième crise trois mois après, puis une troisième séparée par le même intervalle de la seconde. Entre temps, l'ictère subit quelques oscillations. Matières tou-

jours décolorées. Urines foncées et rougeâtres. Quatrième crise il y a 12 jours, qui a duré 6 jours. Amaigrissement de 7 kilos depuis le début de l'affection. Pas de perte d'appétit. Prurit incessant avec grattage jour et nuit.

Actuellement, malade amaigri. Conjonctives jaunes, coloration jaune de tout le corps, muqueuses décolorées. Pas d'œdème des jambes, mais lésions de grattage très prononcées aux deux membres inférieurs.

Abdomen météorisé et contracturé. Matité hépatique, s'étendant du sixième espace intercostal à l'ombilic. Le bord inférieur du foie n'est pas senti. Douleur au point vésiculaire. L'estomac paraît petit. Rate non perçue. Au poumon droit, dans la partie postéro-inférieure, matité et obscurité respiratoire très marquée. Pas de signes d'épanchement.

Intervention le 6 mars 1909. Incision de Mayo. Foie attiré au dehors. Vésicule distendue, déborde le bord inférieur du foie. Parois normales. Pas d'adhérences. Cholédoque sain et du volume de l'index. Pas de lithiase des voies biliaires. On évacue par aspiration la vésicule et le cholédoque. Cholédocotomie. Par le cathétérisme, on sent une résistance franchissable au niveau de l'ampoule de Vater. Le palper du duodénum révèle à ce niveau une tumeur arrondie du volume d'une grosse noisette. Extirpation décidée. Décollement duodénal qui amène à l'extérieur la portion moyenne. Duodénotomie antérieure. On découvre une tumeur mûriforme à aspect néoplasique, englobant les terminaisons du cholédoque et du Wirsung. La tumeur est circonscrite à sa base par une incision losangique et extirpée.

On fixe à la muqueuse duodénale les canaux biliaire et

pancréatique. Suture au catgut du reste de l'incision duodénale. Pas d'hémorragie notable. Suture de l'incision duodénale antérieure en deux temps. Suture du cholédoque. Drainage par la vésicule. Cloisonnement de la loge sous-hépatique par fixation épigastrique du grand épiploon. Drainage de cette loge par une mèche et un drain. Réunion de la paroi abdominale par trois plans de sutures.

Le malade a bien résisté à l'intervention, mais le soir même, il s'est mis à vomir du sang noir. Lavage d'estomac. Le lendemain matin, le malade a des vomissements de sang très abondants. Second lavage. Mais son état décline rapidement et il meurt à 11 heures.

Autopsie : les sutures ont bien tenu, mais on trouve dans le duodénum et l'intestin grêle une grande quantité de sang.

A l'examen histologique, épithélioma typique du duodénum. Donc, cancer de l'ampoule de Vater, développé primitivement aux dépens de la muqueuse duodénale.

CHAPITRE IV

Papillectomie et excision duodénale

La papillectomie simple est la plus petite intervention radicale possible. On peut mieux faire et enlever en même temps que l'ampoule toute l'épaisseur de la paroi duodénale environnante. Cette technique, appliquée par Halsted à la première exérèse radicale d'une ampoule cancéreuse, ne diffère que par quelques points du procédé précédemment décrit.

a) *Voie rétroduodénale.* — Une seule observation, celle d'Enderlén.

b) *Voie transduodénale.*

Premier temps. — *Laparotomie médiane ou incision de Kehr.*

Deuxième temps. — Après l'incision paraduodénale de Kocher et le décollement rétro-duodéno-pancréatique, incision duodénale longitudinale.

La suture d'une incision duodénale transversale, exposerait, par suite de la résection de la paroi duodénale postérieure, à un rétrécissement circulaire de l'intestin, les extrémités des deux incisions venant au contact l'une de l'autre.

Troisième temps. — *Ablation de la tumeur. Section des canaux pancréatique et biliaire.*

L'importance de l'excision sera en rapport avec l'étendue de la tumeur ; cunéiforme dans l'observation d'Halsted, elle avait, dans le cas de Riedel, la forme d'un quartier d'orange. Les canaux pancréatique et cholédoque seront disséqués et sectionnés loin de la tumeur.

Quatrième temps. — *Rétablissement du cours de la bile et du suc pancréatique. Suture des incisions duodénales.*

Pour éviter une tension trop grande des sutures, on fixera le cholédoque à la partie supérieure et le canal de Wirsung à la partie inférieure de la plaie duodénale.

Cinquième temps. — *Gastroentéroanastomose.*

Mais la lumière intestinale peut être rétrécie, tant par la réunion de la plaie antérieure, que par la suture de l'excision postérieure. Certes, le calibre suffira amplement à laisser passer la bile et le suc pancréatique, mais les lignes de suture peuvent céder lors du passage des aliments à travers ce point rétréci. On pratiquera donc une gastroentéroanastomose postérieure rétrocolique. L'insignifiante prolongation de l'opération sera largement compensée par la création d'une bouche de sûreté.

Pour parer à un hématome rétroduodéal, il sera bon de placer un drain derrière la portion descendante du duodénum.

Nous avons relevé dans la littérature 9 observations de papillectomie avec excision duodénale. Dans un cas seulement, on prit la voie rétroduodénale.

Voie Rétroduodénale

Obs. X. — *Enderlen*. — (Opération 1909, publiée par Rügmer en 1910, in Kausch).

Papillectomie par voie rétro-duodénale avec mobilisation du duodénum. Fixation au duodénum des canaux hépatique et pancréatique. Cholécystectomie. Mort par récurrence au bout d'un an.

Femme de 63 ans, présentant un ictère très foncé. Douleur d'estomac, pas de coliques hépatiques.

Opération. Grosse vésicule sans calculs. On sent une tumeur de la région vaticienne. On décolle le duodénum. La tumeur a envahi le pancréas. On résèque tout le cholédoque avec les tissus envahis par le cancer. Suture à deux étages de la paroi duodénale. Ablation de la vésicule et du canal cystique. On fixe le canal hépatique à l'intestin. Dissection du canal de Wirsung sur une longueur de 1 cm 1/2 et implantation dans le duodénum. Histologiquement la tumeur est maligne. La malade reprend 10 kilog. et sort de l'hôpital guérie. Mais revue 9 mois après l'intervention, on trouve des récurrences dans le foie et dans les ganglions rétroduodénaux. La malade meurt un an après l'opération.

Voie Transduodénale

Obs. XI. — *Völcker*. — (Opération 1904, dans la clinique de Czerny, publiée dans *Jahresbericht der Heidel. Chirur. Klini. für 1904*).

Papillectomie transduodénale. Suture du cholédoque à l'intestin. Mort au bout de 2 jours.

Femme de 43 ans, présentant depuis 6 mois un ictère persistant. Le 6 octobre 1904, incision sur le milieu du muscle droit. La vésicule dilatée contient un calcul gros comme un œuf de poule ; taches blanches sur le foie. Au niveau de la portion duodénale du cholédoque on sent un noyau du volume d'une noisette. Incision du cholédoque ; un liquide muqueux s'écoule.

Incision transversale du duodénum : on incise la muqueuse en ellipse autour de la tumeur et le cholédoque à 4 cm de sa terminaison. La plaie pancréatique et le cholédoque sont implantés dans le duodénum. Fermeture de l'incision de ce dernier par un double rang de sutures. Fermeture de la vésicule et drainage de l'hépatique. Mort d'une hémorragie de la plaie pancréatique. Le duodénum était rétréci, l'estomac dilaté. La tumeur était un adénocarcinome.

Obs. XII. — *Cordua*. — (Op. 1906, publ. 1906, in Kausch).

Papillectomie par voie transduodénale. Mort par récurrence après un peu plus d'un an.

Femme de 42 ans. Malade depuis 10 mois. Opération. Vésicule très distendue, le cholédoque gros comme le doigt. On sent à travers la paroi intestinale une tumeur de la grosseur d'une noisette, située juste dans l'ampoule. Le duodénum incisé, on extirpe l'ampoule et la partie de la paroi intestinale qui l'entoure. Gastro-entérostomie postérieure. Après une amélioration qui dure environ un an, l'ictère reparait. La malade meurt de cachexie. A l'autopsie, tumeur carcinomateuse de l'ampoule du volume d'une pièce de 10 pf. Noyaux secondaires dans le foie.

OBS. XIII. — *Morian*. — (Opération en 1908, publiée dans la Deutsche Zeitschrift f. Chirur. 1909. T. 93.

Papillectomie par voie transduodénale. Cholécystojejunostomie. Mort par récidence au bout de 2 ans 1/2.

Femme de 42 ans, ictérique depuis 4 mois. Amaigrissement de 15 kilog. Teinte jaune des téguments. Selles décolorés. Urines avec pigments biliaires. Foie augmenté de volume, vésicule biliaire distendue.

Opération le 11 avril 1908. Incision médiane. Vésicule distendue, cholédoque de la grosseur du doigt. Wirsung dilaté. On sent dans la portion ampullaire du duodénum une tumeur du volume d'une noix. Cholécystojejunostomie. Incision de la paroi duodénale antérieure, incision circulaire autour de la tumeur. Section transversale du cholédoque et du Wirsung, suturés ensuite à la muqueuse intestinale.

Fermeture des incisions intestinale et abdominale. Le neuvième jour, hématomène et melaena. 9 mois après, la malade se portait bien et avait engraisée, légèrement

ictérique. La paroi du cholédoque était envahie sur une longueur de 1 cm par une tumeur qui, histologiquement, était un carcinome.

Malade morte de récidence au bout de 2 ans 1/2.

OBS. XIV. — *Cunéo*. — (Op. 1908, publiée 1910 par Hartmann).

Papillectomie par voie transduodénale. Suture du cholédoque à l'intestin. Gastro-entérostomie. Mort au bout de 4 jours.

B. Jean, 59 ans, présente depuis 3 semaines un ictère intense avec décoloration des matières. Pas la moindre douleur.

Opération. Vésicule et canaux excréteurs dilatés. On sent dans la région ampullaire un nodule, on ne peut trancher entre tumeur et calcul. La ponction ne donne rien. On tente d'ouvrir le cholédoque au dessus du duodénum. Au cours des tentatives de décollement du duodénum de la face inférieure du foie à laquelle il adhère, on déchire l'intestin. La déchirure agrandie, on voit au niveau de la région vaticienne un noyau de la grosseur d'une amande. Muqueuse duodénale incisée à 1 cm 1/2 de la tumeur. On fixe le cholédoque au niveau de l'angle supérieur de la perte de substance et la tranche pancréatique à la partie moyenne. Le duodénum paraissant très rétréci on pratique une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Drainage par 2 mèches de gaze et un drain. La température, à partir du lendemain de l'intervention, se maintient très élevée. Pansement souillé de bile. Mort au quatrième jour. A l'autopsie, rien de très

net, foie mou, rate diffluyente, pas de métastases. En somme, cancer vaterien à cellules cylindriques ayant son point de départ dans la muqueuse du segment terminal du canal cholédoque.

OBS. XV. — *Navarro*. — (Op. 1908 publiée en 1910 par Hartmann).

Papillectomie par voie transduodénale. Suture des conduits biliaire et pancréatique à l'intestin. Guérison.

Homme de 60 ans, malade depuis 2 mois, ne souffrant pas mais présentant un ictère sans caractères bien particuliers. Cependant, depuis que ce dernier a été constaté il a diminué une fois et cela a coïncidé avec une crise de diarrhée qui a duré cinq jours. Le malade a perdu 12 kg.

Opération.— Vésicule et canaux très dilatés, cholédoque gros comme le pouce. Faisant l'incision paraduodénale de Kocher et le décollement rétro-duodéno-pancréatique, on sent une petite dureté dans l'ampoule de Vater. Ponction de la vésicule. Incision de 1 cm sur la paroi antérieure du duodénum. La région ampullaire fait saillie, l'orifice ouvert avec une pince laisse voir une petite tumeur bourgeonnante. Incision circulaire de 2 cm de diamètre autour de l'orifice ampullaire. Canal de Wirsung sectionné de même que le cholédoque. Suture des 2 canaux entre eux, puis de l'intestin, tout autour. Paroi antérieure du duodénum suturé en deux plans au catgut. La tumeur de la grosseur d'un petit pois était un épithélioma ampullaire. Le malade est bien portant deux ans après son opération.

Obs. XVI. — *Slajmer*. — (Opération en 1911. Publiée en 1911), in Kausch.

Papillectomie transduodénale. Suture cholédocho et pancréatico-duodénale. Drainage du cholédoque et de la vésicule jéjunostomie. Mort au bout d'un jour 1/2.

Homme de 48 ans, très amaigri, ictérique depuis 4 mois. Opération. Vésicule et canaux biliaires dilatés. On sent au niveau de l'ampoule une tumeur grosse comme une noisette. Incision de la paroi duodénale antérieure. On enlève la tumeur avec un morceau de la paroi duodénale environnante. On suture le cholédoque et le canal pancréatique à la muqueuse duodénale. L'incision duodénale antérieure est suturée transversalement. Drainage de la vésicule et du cholédoque. Jéjunostomie. Le malade meurt 36 heures après l'opération dans le coma. A l'autopsie, toutes les sutures sont étanches, beaucoup de sang dans l'estomac, duodénum et la partie supérieure de l'intestin grêle. Pas de métastases. La tumeur était un adéno-carcinome.

Obs. XVII. — *Halsted*. — (Contribution to the surgery of the bill passages. Boston med and surg. Journ. décembre 1899. T. II).

Papillectomie avec résection duodénale cunéiforme. Implantation du cholédoque et du Wirsung dans la ligne de suture. Cholécystostomie. Guérison opératoire, trois mois après, cholécystentérostomie. Mort huit mois après l'opération radicale par récidence.

F., 60 ans. Ictérique. Opération. Incision verticale sur le muscle droit. Le cholédoque incisé, on sent une partie

ture, semblant un calcul, au niveau de l'ampoule. On ouvre le duodénum et l'on voit une tumeur. Excision d'un large morceau de duodénum, en forme de coin, à sommet répondant à l'insertion mésentérique. On enlève avec la tumeur $3/4$ de pouce du cholédoque et une petite portion du pancréas. Cholédoque et canal pancréatique implantés dans la ligne de suture. Réunion de l'incision du cholédoque. Cholécystotomie. Guérison. 3 mois après, on ferme la fistule biliaire ; l'orifice duodénal du cholédoque ne laisse passer aucun explorateur. Cholécystentérostomie difficile par suite de la rétraction de la vésicule. Guérison opératoire. Mort 5 mois après de récidence dans la tête du pancréas et le duodénum.

Obs. XVIII. — *Riedel*. — (Opération en 1899, publiée en 1902), in Kausch.

Papillectomie avec excision en quartier d'orange. Suture des canaux à la plaie duodénale. Mort par shock.

Femme de 50 ans, souffrant depuis 9 mois de douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Ictérique depuis 6 mois. Opération. Vésicule et canaux biliaires très dilatés. Ponction de la vésicule qui contient un liquide clair. Noyaux cancéreux dans la tête du pancréas. La duodénotomie montre une tumeur jaunâtre de la papille, faisant saillie dans l'intestin. Incision tout autour de la tumeur en quartier d'orange. La partie supérieure de l'incision, à laquelle on abouche les canaux biliaire et pancréatique est suturée longitudinalement. On suture transversalement la partie inférieure de l'incision pour éviter une sténose. Le soir même mort dans le shock. Tuberculose pulmonaire étendue. Sutures étanches.

CHAPITRE V

Résultats opératoires

Les deux techniques que nous venons de décrire peuvent être réunies pour l'appréciation des résultats opératoires. Avant d'aborder l'étude du troisième procédé, nous nous proposons de passer en revue les résultats immédiats et éloignés de ces interventions.

Résultats immédiats

Mortalité opératoire.

a) *Taux de la mortalité.* — Elle atteint 50 %. Sur 18 opérés, 9 n'ont pas survécu plus de 11 jours. Ce sont les malades de : Czerny, Körte (observation II), Verhoogen, Cunéo, Slajmer, Riedel, Villard.

b) *Causes de la mortalité.* — En étudiant les phénomènes morbides, auxquels le malade paraît avoir succombé, on voit que la mort relève surtout de deux facteurs principaux :

les hémorragies
l'infection.

Hémorragies. — Le malade de Völcker est mort d'une hémorragie de sa plaie pancréatique après avoir présenté des vomissements de sang.

L'opéré de Villard présenta les mêmes accidents ; l'autopsie montra une énorme quantité de sang dans le duodénum.

A l'autopsie du cas de Slajmer on trouve les sutures étanches, et beaucoup de sang dans l'estomac, le duodénum et la partie supérieure de l'intestin grêle.

On retrouve aussi cette tendance aux hémorragies chez les malades qui survécurent. L'opéré de Kraske a présenté des selles sanguinolentes, celui de Morian a eu jusqu'au onzième jour des hématémèses et du meloena.

A quelle cause faut-il attribuer ces hémorragies !

— On sait que les hépatiques et surtout les ictériques ont une prédisposition très grande aux hémorragies. La plupart des malades sont morts dans le collapsus après avoir absorbé les médicaments hémostatiques les plus divers. Il faut tenir compte de l'incoagulabilité du sang, due aux altérations de la cellule hépatique, bien mises en évidence par les recherches de Doyon.

Peut-être faut-il voir aussi dans certains cas une action dissolvante du suc pancréatique sur les caillots oblitérant les petits vaisseaux. Ceci expliquerait les hémorragies des suites opératoires, observées après la disparition de l'ictère. Kraske et Morian.

L'hémorragie ne semble dans aucun cas avoir été due à l'insuffisance de l'hémostase.

Infection. — On compte trois malades morts d'infection : ceux de Czerny, suppuration rétropéritonéale par défaut de sutures. Körte et Verhoogen, péritonite. Dans les deux derniers cas il faut aussi incriminer l'insuffisance des sutures. Dans les trois observations, la disjonction portait sur la suture la plus rapprochée du Wirsung ; aussi mettant de côté toute faute opératoire, toute prédisposition du malade à l'infection du fait de son ictère, là encore on peut accuser le suc pancréatique.

Comme autres causes de mort opératoires, nous trouvons, dans un cas de Riedel, mort par shock, et dans une autopsie de Cunéo, pas de causes bien nettes.

Complications post-opératoires. — Dans un cas de Mayo, en enlevant le pansement au bout de douze jours, on découvre une fistule biliaire, le malade est mort d'épuisement au bout de huit semaines.

Résultats éloignés

Récidives — Sur les 9 malades qui survécurent à l'opération, 5 moururent de récidives, le malade d'Halsted au bout de 8 mois, celui de Mayo, 2 ans, ceux d'Enderlen et Cordua, 1 an, celui de Morian, 2 ans 1/2.

La date d'apparition des récidives fut de 15 mois en moyenne ; elle est de même durée pour la simple papillectomie et pour la papillectomie suivie d'excision duodénale.

Survie. — Quatre malades sur 18 vivaient encore au moment de la statistique de Kausch. (Début 1912). C'étaient :

Opéré de Hotz	survie de	9 mois
— Kraske	—	2 ans
— Navarro	—	2 ans
— Körte	—	6 ans 1/2

L'opération de Navarro remonte à 3 ans ; l'opéré a été revu bien portant 2 ans après l'intervention, mais depuis un an on est sans nouvelles.

Suivant Kausch les malades de Kraske et de Hotz font en ce moment des récidives. Nous ne pouvons donc considérer comme guérison durable, qu'un seul cas, celui de Körte.

Des causes de la mortalité opératoire et des récidives. — Parmi les 18 malades, 17 furent opérés en plein ictère. Dans un seul cas Mayo (obs. II), on intervint en deux temps ; ce fût du reste par erreur de diagnostic. Les autres malades, ictériques depuis de longs mois, étaient dans un grave état de misère physiologique. Or, la faible résistance des ictériques à l'infection, leur tendance à faire des hémorragies, devraient contre indiquer toute intervention shockante.

Faut-il alors dans le cas d'un néoplasme vatérien, se contenter d'une opération palliative ? Dans beaucoup de cas, oui : cette intervention sera seule possible. Mais toutes les fois que la duodénotomie exploratrice montrera des lésions localisées, il faudra tenter une exérèse radicale. L'examen des résultats opératoires

nous impose de scinder cette intervention en deux temps. Rétablir d'abord la circulation biliaire chez ces malades, les mettant ainsi en état de supporter dans un second temps la cure radicale.

Pour faire disparaître l'ictère, on pourrait à la rigueur faire une cholecystostomie ; mais il en résulterait une dénutrition considérable (elle entraîna la mort par épuisement au bout de 8 semaines chez un malade de Mayo (obs. I). Cette opération palliative doit être réservée pour les malade très peu résistants et dans tous les cas d'infection angiocholite, cholécystite, etc...

Les anastomoses bilio-gastriques n'ayant pas tous les inconvénients qu'on leur supposait, on pourrait songer à réunir l'estomac à la vésicule. Mais cette anastomose cholecysto-gastrique gênera beaucoup pour le second temps opératoire ; les tractions exercées sur l'estomac pouvant même la faire céder, comme nous en voyons un exemple dans l'observation de Leriche.

Cade et Leriche (observation résumée). — Lyon Médical. T. 113, 1909.

Homme de 40 ans, ictérique depuis 14 mois. T. sub-fébrile. Weber positif. Ascite. Gros foie avec sur son bord antérieur vésicule nettement perceptible.

23 août 1909, après injection de sérum de cheval, laparatomie latérale droite. Sur le côté du pancréas, induration limitée. On décolle le duodénum qu'on attire hors de l'abdomen. Noyau dur, gros comme une noix, senti dans la région vaticienne. On pratique une simple

anastomose cholécysto-gastrique, à cause de l'état précaire du malade. Suites opératoires très simples.

Le 3 septembre, on réendort le malade pour subir la section du pylore, sa fermeture, puis une gastroentérostomie.

A l'incision péritoine oedémateux, impossible de renverser l'estomac fixé par des adhérences : on doit se contenter d'établir une bouche anastomotique sur sa face antérieure. Pendant ces manœuvres, l'anastomose cholécysto-gastrique lâche. On réimplante la vésicule dans l'estomac et après drainage de la zone hépatogastrique on referme la paroi.

On attend un mois, le 8 octobre malade anesthésié de nouveau pour pratiquer le troisième temps : l'ablation du segment duodénal malade. Après $3/4$ d'heure d'efforts on amène enfin le duodénum hors de la plaie, mais on renonce à soulever le néoplasme, la tête du pancréas étant envahie. T. monte le lendemain à 39° . Quatre jours après le malade meurt en 4 heures d'une vive douleur à droite. A l'autopsie, petite perforation au niveau du néoplasme ayant entraîné la mort par péritonite suraiguë.

L'intervention de choix sera la jéuno-cholecystostomie. Il faut aussi prévoir le cas où la vésicule manquera, sclérose, etc... On suturera alors le cholédoque ou l'hépatique à l'intestin grêle, grâce à la technique décrite par Mayo et Ferrier, pour l'hépatico-duodénostomie directe par implantation.

Lorsqu'on abouche la vésicule à l'intestin, Kausch recommande de sectionner le cholédoque. La bile, en effet, cherche toujours à passer par son appareil excré-

teur normal ; elle ne le peut certes pas, quand on pratique la cholecystenterostomie. Mais il est fréquent d'observer au cours d'un néoplasme vatérien, un ictère intermittent. Le jour ou momentanément, son chemin physiologique redeviendra perméable, la bile s'empressera de le prendre, et en vertu d'une loi commune à tous les organes, la bouche artificielle se fermera, ne se laissant plus dilater, lors d'une nouvelle obstruction des canaux excréteurs.

La circulation biliaire rétablie, le malade peut aborder avec de meilleures chances de succès, l'opération radicale.

Quel intervalle doit-on laisser entre le premier et le deuxième temps ? — Une limite exacte ne conviendrait pas à tous les cas, l'ictère doit être disparu et l'état général remonté. On attendra donc en moyenne 4 semaines. La tumeur n'aura fait que peu de progrès, nous avons vu au chapitre anatomo-pathologie que son extension s'opère lentement.

Le principal inconvénient pourrait venir du malade lui-même, qui amélioré par la première intervention, trouverait le traitement trop long, et refuserait de se laisser réopérer. L'indocilité du malade et la longueur du traitement sont, nous semble-t-il, les deux seules objections qu'on puisse faire à cette méthode de traitement radical en deux temps.

Mais si on évite les accidents opératoires, il est à souhaiter qu'une exérèse radicale moins parcimonieuse diminue le nombre des récidives.

Nous avons établi plus haut, qu'on ne survivait pas

en moyenne plus de 15 mois à un néoplasme vatérien opéré, soit par simple papillectomie, soit par papillectomie suivie d'excision duodénale. La seule survie durable. 6 ans 1/2, n'est pas attribuable comme on pourrait le croire à la bénignité de la tumeur. L'examen histologique a révélé un carcinome. Malgré cette exception, la cause de ces récives, réside dans le peu d'étendue de l'exérèse radicale. La survie, appréciable certes, après résection de la muqueuse ampullaire n'est pas suffisante. L'opération de Halsted, bien que comportant une résection plus large du duodénum, ne saurait être considérée comme une intervention vraiment radicale ; elle a le grave inconvénient de ne pas tenir compte de la propagation lymphatique de la tumeur.

La faillite de ces deux procédés opératoires : papillectomie et opération de Halsted, a amené les chirurgiens à rechercher une technique, donnant une exérèse aussi large que possible de la tumeur, et enlevant en même temps les ganglions tributaires de l'ampoule.

Cette technique, qui a pour base la résection circulaire du duodénum, fera le sujet du chapitre suivant.

CHAPITRE VI

Résection Duodénale

Nous sommes donc amenés par les considérations précédentes, à préconiser une opération plus radicale. Lorsque le cancer est en cause, ce n'est qu'au prix de grands sacrifices, avec des interventions précoces, qu'on peut arriver à obtenir des guérisons définitives.

Les progrès de la chirurgie abdominale, l'introduction en pratique chirurgicale du décollement duodéal, permettent de pratiquer une résection duodénale étendue. La technique décrite dans ce chapitre, fut exposée pour la première fois par Cotte ; reprise par Kausch avec quelques modifications, elle fut appliquée avec succès par ce dernier auteur à un cas de cancer vatérien. Elle se rapproche de la technique proposée par Dejardins, pour le traitement des tumeurs de la tête du pancréas.

La cure radicale, avons nous dit, doit être répartie en deux opérations :

Première intervention.

Premier temps. — *Incision de la paroi.* Les incisions médianes, celles de Kehr et de Mayo, prolongées au dessous de l'ombilic, sont parfaitement applicables.

Deuxième temps. — *Décollement duodénal. Exploration de l'arbre biliaire. Duodénotomie exploratrice.*

En cas de distension de l'arbre biliaire, ponctionner la vésicule. On décolle le duodénum pour explorer le cholédoque et la région ampullaire.

Dans les cas douteux et lorsque l'état du malade le permet, *duodénotomie exploratrice*. Une incision minime suffit. Le diagnostic confirmé, suturer la plaie intestinale.

Troisième temps. — *Cholécystentéroanastomose.*

A 50 cm environ de l'angle duodéno-jéjunal, on prendra une anse intestinale à laquelle on abouchera la vésicule. On emploiera la suture ou le bouton qui a l'avantage d'être rapidement mis en place. On réséquera le cholédoque entre deux ligatures et pour éviter une fistule biliaire, on enfouira sous le péritoine son extrémité vésiculaire. Entre les deux branches afférentes et efférentes de l'anse jéjunale anastomosée avec la vésicule, on fera une entéro-anastomose au bouton.

Il est évident que lorsque l'état du malade contre-indiquera toute opération de longue durée, on pratiquera une simple cholécystentérostomie. Mais les différents temps décrits ci-dessus, d'une exécution rapide seront aisément supportés par un ictérique.

Au chapitre précédent nous avons montré les inconvénients d'une seconde opération suivant de trop près la première : le chiffre de 4 semaines que nous

avons fixé peut être dépassé, Kausch, chez son opéré, a attendu 2 mois.

Deuxième intervention.

Premier temps. — *Incision de la paroi* sur le trajet de la cicatrice.

Deuxième temps. — *Gastroentéroanastomose. Section du duodénum au dessous du pylore : décollement de l'angle droit du colon et de la deuxième portion du duodénum.*

A ce moment, on fera une duodénotomie si on a pu la pratiquer lors de la première opération. La vésicule est d'habitude entourée d'adhérences : leur décollement donne lieu à des hémorragies peu importantes. Vérifier les calibres de la bouche anastomatique biliaire et de l'entéro-anastomose. On pratique une gastro-entéroanastomose postérieure. Section du ligament duodéno-hépatique. On dénude le pylore sur une longueur de 1 cm. Prendre soin de ne pas blesser l'artère pylorique et le tronc commun des gastro-duodénale et gastro-épiploïque, naissant comme on sait de l'artère hépatique au moment où cette artère pénètre dans le petit épiploon. On place l'entérotribe de Mikulicz sur le pylore, un clamp sur le duodénum, et on sectionne entre les deux. On cautérise le moignon pylorique au thermocautère et on l'enfouit sous des sutures en bourse.

On attire en bas et en dedans le duodénum au moyen du clamp qui le ferme. On expose ainsi facilement son bord externe, on incise le péritoine postérieur le long de ce bord. Mais plusieurs troncs vasculaires doivent

être ménagés, si l'on ne veut exposer l'intestin ou le pancréas au sphacèle ; on risque de léser les vaisseaux coliques droits qui croisent la deuxième portion du duodénum ; les vaisseaux mésentériques supérieurs sont plus médians et par conséquent moins exposés.

Lorsque le mésocolon s'insère près de l'angle sous hépatique du duodénum, il importe de le décoller du péritoine abdominal postérieur, pour mettre à découvert la deuxième portion du duodénum et de ménager, lors de la résection de la tumeur, les vaisseaux qui se rendent au gros intestin.

Quatrième temps. — *Ablation des ganglions duodéno-pancréatiques. Libération du duodénum. Section du canal de Wirsung et de la tête pancréatique ; ablation de la tumeur.*

On « cueille » les deux ou trois ganglions rétro-pancréatiques postérieurs, situés sur le trajet de l'artère duodéno-pancréatique postérieure. Ici se place la section du cholédoque, s'il n'a déjà été réséqué lors de la première intervention. On continue de libérer le duodénum. Lorsqu'on arrive au niveau de l'ampoule de Vater on sectionne en plein pancréas. Des lobules glandulaires accompagnent en effet le canal de Wirsung, jusqu'à sa terminaison et au cas où le néoplasme l'aurait déjà envahi, il est prudent de réséquer la partie du pancréas voisine de l'ampoule.

Il est assez délicat de retrouver le canal de Wirsung ; on arrive cependant à le cathétériser au centre de la plaie pancréatique. On le fixe à l'aide d'un fil. Il ne reste plus qu'à saisir entre deux clamps la partie

Fig. 1



Anatomie normale

Fig. 2



Cholecystenterostomie. Enteroanastomose.
Lignes d'incision pour la pancréatoduodénostomie
et jéjunostomie

Fig. 3



Pancréato-duodénostomie

Fig. 4



Pancréato-jéjunostomie

Figures extraites de : Kausch. Das Carcinom an der papilla duodeni, etc...

supérieure du duodénum, à le sectionner et à l'enlever en même temps que la tumeur

Cinquième temps. — *Rétablissement du cours de la sécrétion pancréatique.*

Kausch a donné pour ce temps une technique appelée à rendre de grands services, non seulement dans le cas qui nous intéresse, mais dans toutes les réssections pancréatiques.

On pourrait, certes, disséquer le canal de Wirsung sur une certaine longueur et faire, à un centimètre de la tranche de section duodénale, sur le bord interne de l'intestin, une petite boutonnière, à laquelle on fixerait le moignon wirsungien. Mais le suc pancréatique provenant des lobules glandulaires sectionnés, amènera fatalement la désunion des sutures. Doit-on aboucher à l'extérieur le Wirsung ? Outre son exécution difficile, cette fistule entraînerait la dénutrition du malade.

Kausch a employé avec succès chez son malade le procédé suivant : Prenant la partie inférieure du duodénum, il l'applique sur la plaie pancréatique, encapuchonnant en quelque sorte le pancréas avec l'intestin. Le canal de Wirsung et la tranche de section pancréatique sont ainsi enfouis dans la lumière intestinale. La suture de ces deux organes constitue un temps délicat. Le tissu pancréatique, friable, cède facilement devant le fil qui le traverse. On termine en recouvrant de péritoine cette anastomose (c. f. fig. 3).

Mais le chirurgien peut être dans l'obligation de réséquer le duodénum dans sa plus grande partie, par suite de l'envahissement néoplasique. Dans ce cas,

Kausch conseille d'enfouir le pancréas dans une anse jéjunale préalablement exclue. Pour ce faire, on sectionnera l'anse jéjunale anastomosée avec la vésicule, à une faible distance de la bouche bilio-intestinale. On suturera la partie de l'intestin voisinant avec cette bouche anastomotique et, cette exclusion faite, on enfouira dans la partie du jéjunum ainsi libéré, le moignon pancréatique (cf. fig. 4).

Sixième temps. — *Fixation du Colon. Drainage du champ opératoire. Fermeture de la paroi.*

On ramène ensuite le colon à sa position normale en le suturant au péritoine abdominal postérieur. En fixant à la paroi abdominale, le mésocolon tendu, on exclut presque complètement le champ opératoire de la grande cavité péritonéale. Un drain lombaire pourrait assurer l'écoulement de sérosité dans la zone de décollement. Drainage de la zone sous-hépatique ainsi délimitée. Suture de la paroi.

Deux malades ont été opérés radicalement par la résection duodénale.

OBS. XIX. — *Körte*. — (Opération 1904, publiée 1905, in Arch. für Klin. Chirur. T. 71, p. 1052).

Incision de l'orifice rétréci du cholédoque dans sa portion duodénale. Drainage des canaux pancréatique, hépatique et de la vésicule. Au bout de 20 mois, résection circulaire du duodénum. Mort au troisième jour.

F..., 52 ans, ictère, douleurs, amaigrissement. Le 2 janvier 1903, opération, dilatation des voies biliaires qui sont suppurées. Après incision du duodénum, on

constate que son orifice est rétréci, dur, cicatriciel, pas de tumeur. Incision de l'orifice rétréci du cholédoque dans sa portion duodénale. Suture de la muqueuse. Drainage du cholédoque et du pancréatique. Guérison.

En août 1904, de nouveau ictère. Le 5 octobre, deuxième opération, les voies biliaires sont dilatées ; on trouve une tumeur du volume d'un haricot au niveau de l'ampoule de vater. Séparation du pancréas d'avec le duodénum, nécessitant de nombreuses ligatures ; résection circulaire de la portion du duodénum correspondant à l'ampoule, et siège d'une tumeur (adéno-carcinome). Entérorraphie circulaire du duodénum. Implantation du cholédoque et du canal pancréatique dans la paroi postérieure du duodénum. Drainage du cholédoque. Mort le troisième jour. La tumeur était un adéno-carcinome, et l'autopsie montre une disjonction de la suture duodénale, au niveau de l'abouchement du canal pancréatique.

OBS. XX. — *Kausch*. — In carcinom der papilla duodeni und seine radikale Entfernung.

Obstruction du cholédoque par un épithélioma à cellules cylindriques de point de départ ampullaire.

Première opération. — Cholecystenterostomie

Deuxième opération. — Résection du duodénum, ligature du pylore, gastroenterostomie. Pancréato-duodénostomie. Guérison. Au bout de 9 mois, angiocholite, cholecystite.

Troisième opération. — Cholecystostomie. Mort le soir

même. Sténose de la cholecystenterostomie, pas de récidives, pas de métastases.

Ernest G..., garçon de banque à Schöneberg, pas d'antécédents lithiasiques : ictérique depuis 6 semaines, a maigri de 7 kilogr. Le 15 juin 1909, 1^{re} opération, on sent un noyau du volume d'un haricot au niveau de l'ampoule ; duodénotomie exploratrice ; pas de calcul, pas de métastase.

Cholecystenterostomie au bouton, à 50 centimètres au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, à 12 centimètres de là, entero-entéro-anastomose avec un bouton plus gros.

L'ictère disparaît. Le 21 août 1909, deuxième opération, nombreuses adhérences. On libère le duodénum jusqu'au pylore, d'après le procédé de Kocher : gastroenterostomie postérieure, fermeture du pylore ; ablation du duodénum et d'une partie du pancréas grosse comme une noix : duodénum coupé à la limite de la deuxième portion. On attire le bout inférieur du duodénum sur la section pancréatique et on implante le cholédoque dans l'intestin. Le duodénum encapuchonnant le pancréas, y est fixé par des catguts. On recouvre avec l'épiploon, drain-cigarettes. L'opération a duré quatre heures.

La plaie est guérie au bout de 14 jours. Le malade est revu tous les mois. On l'engage à se faire réopérer au début de 1909 ; la cholecystenterostomie paraissant insuffisante. Il refuse : mais le 24 mai 1910, il rentre à l'hôpital, ictérique à nouveau et souffrant dans la région épigastrique.

Opération décidée pour le 25 mai après-midi.

A l'ouverture de l'abdomen, nombreuses adhérences, on finit par découvrir à droite, sous le foie, un petit corps

arrondi, la vésicule ; une ponction exploratrice ramène un liquide trouble, purulent. Incision de 1 c. 1/2, il s'échappe une bile épaisse, fétide, contenant de petites masses noirâtres. On place dans la vésicule un drain de la grosseur du petit doigt, le pouls faiblissant, on s'empresse de suturer la paroi. Dans la soirée, hémorragie de la plaie abdominale que rien ne peut arrêter, le malade meurt à minuit.

Autopsie. — L'entéroanastomose a un orifice du diamètre d'une pièce de 5 marks. Sur la paroi jéjunale, cicatrice de la cholecystenterostomie n'admettant qu'une sonde de petit diamètre. La gastro-entéroanastomose admet aisément 3 doigts. Le pancréas paraît sain. L'estomac est légèrement dilaté.

La tumeur était un adéno-carcinome.

CHAPITRE VII

Résultats et Indications de la Résection Duodénale

Les résultats éloignés de certains points de cette technique vont retenir notre attention.

L'anastomose de la vésicule au tractus intestinal peut se faire en différents points. Malgré les prédictions des physiologistes, le déversement de la bile dans l'estomac n'amène aucune complication sérieuse ; les cas de gastrocholécystostomie sont très démonstratifs sur ce sujet. Mais cette opération, de même que l'anastomose bilio-duodénale crée de grosses difficultés lors de l'intervention radicale (cf. obs. Leriche). On pratiquera donc une cholécystojéjunostomie. Les résultats de cette opération sont bien connus. La vésicule se rétracte et se transforme en une sorte de long canal qui prolonge le cystique. La pression dans les voies biliaires étant supérieure à celle du contenu intestinal, grâce à l'intensité de la sécrétion, la bile coule constamment dans l'intestin.

Cette sorte de balayage mécanique est bien fait pour empêcher une infection ascendante des voies biliaires. On a cependant fait à la cholecystentéroanastomose, le reproche de permettre l'infection des voies biliaires. L'autopsie a montré que la vésicule du malade de Kausch était infectée. La bile qu'elle contenait était un bouillon presque pur de colibacilles ; le rétrécissement de l'orifice de la fistule était certainement, dans ce cas, la cause de l'infection, et dans la très grande majorité des anastomoses vésiculo-intestinales, on n'observe pas d'infection. Il serait certes désirable de pouvoir conserver à la bile son chemin physiologique, le sphincter cholédocien serait la meilleure protection contre une infection possible.

Mais l'ablation de l'extrémité interstitielle du cholédoque est imposée le plus souvent par l'envahissement néoplasique, et de plus, ces anastomoses cholédoco-intestinales constituent des opérations très délicates, d'une exécution trop longue pour des sujets peu résistants au traumatisme opératoire.

Les deux techniques de Cotte et Kausch abandonnent la suture intestinale bout à bout. Cette entérorraphie circulaire fut pratiquée par Körte. Elle a l'inconvénient d'exposer à une désunion des sutures et aux accidents qui en découlent. Elle peut aussi occasionner des sténoses à une date plus éloignée.

La création d'une bouche anastomotique stomaco-jéjunale a l'avantage de détourner les aliments des sutures intestinales.

Contrairement à la physiologie normale, les produits des sécrétions biliaire et pancréatique n'arrive-

ront pas au même point dans la cavité intestinale ; c'est là un inconvénient bien faible.

L'anastomose pancréato-jéjunale fonctionnera-t-elle d'une façon durable ? La glande ne s'atrophiera-t-elle point ? L'autopsie du malade de Kausch a montré que tout s'était passé d'une façon satisfaisante. La partie du pancréas primitivement dénudée, s'était recouverte de muqueuse, émanant très probablement de la muqueuse duodénale. La partie de la glande qu'elle recouvrait, avait le même aspect que le reste de l'organe. On notait seulement une dilatation du canal de Wirsung et un très léger degré de pancréatite interstitielle attribuable, du reste, à la longue rétention subie par l'organe.

On peut reprocher à la seconde opération sa trop longue durée : 4 heures dans l'observation de Kausch. Les adhérences péritonéales développées après la première intervention créent de grosses difficultés au chirurgien. Malgré cela, l'opéré de Kausch avait très bien résisté et, en cas de nécessité, cet auteur conseille de réséquer sans crainte le duodénum entier.

Le petit nombre d'observations de résections duodénales ne permet pas une conclusion définitive sur la valeur de cette méthode. L'observation de Kausch prouve du moins, que le but de l'ablation rationnelle de toutes les voies lymphatiques et des ganglions dont est tributaire la tumeur, était atteint ; on ne trouva à l'autopsie ni récurrence locale, ni traces de généralisation. Que relevons-nous, au contraire, dans la statistique des cas opérés moins radicalement par simple

excision muqueuse ? Une seule survie. On ne peut excuser ce nombre considérable de récidives par l'extension des lésions lors de l'exérèse. Le fait seul qu'on s'est contenté d'une simple papillectomie prouve que le néoplasme était très limité, par conséquent favorable à une cure radicale. Ces résultats éloignés peu brillants, ne sont pas compensés, comme on pourrait le croire, par une faible mortalité opératoire ; elle atteint pour la seule papillectomie, 50 %.

En face de semblables résultats, on est autorisé, semble-t-il, à intervenir plus radicalement. Ici comme dans toute thérapeutique de cancer il faut des interventions larges, dans des opérations précoces. En gynécologie, une opération de Wertheim faite pour une ulcération néoplasique du col, donne de meilleurs résultats, que si elle est appliquée à un cancer déjà étendu. De même, en opérant plus radicalement, après avoir débarrassé de leur ictère les malades porteurs de néoplasmes vatriens « petits et localisés », on verra diminuer la mortalité opératoire et le nombre des récidives, sinon disparaîtra complètement, du moins sera reporté à une date éloignée.

La simple papillectomie a donné l'unique cas de survie ; il n'en serait pas moins irrationnel de conclure que cette petite intervention est suffisante et de la recommander comme technique habituelle. La fréquence des récidives est là pour en montrer la faillite. Nous sommes, en terminant, de l'avis de Kausch qui, d'après l'interprétation de toutes les observations, est décidé à aborder en 2 temps, le plus radicalement possible, les cancers vatriens primitifs qu'il rencontrera.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif de l'ampoule de Vater, reste longtemps localisé, se généralise tardivement et attire de bonne heure l'attention du chirurgien par les troubles qu'il occasionne : il est donc particulièrement favorable au traitement radical.

II. — Les traitements radicaux basés sur l'excision de la muqueuse duodénale, donnent des résultats opératoires éloignés insuffisants. Les tumeurs bénignes de l'ampoule constituent leur seule indication.

III. — La résection duodénale, suivie de l'ablation des ganglions lymphatiques, dont est tributaire l'ampoule, est l'intervention de choix. Elle doit être conduite en deux opérations.

a) Dans la première, le chirurgien précisera son diagnostic par l'exploration du cholédoque et de l'ampoule (décollement duodénal et duodénotomie exploratrice). Puis, le cancer reconnu, il opposera un traitement à l'ictère.

b) Dans une seconde intervention, le chirurgien enlèvera une partie du duodénum, ainsi que les ganglions. Il rétablira le cours des aliments et de la sécrétion pancréatique au moyen d'une gastro-entéro-anastomose postérieure et d'un enfouissement de la tête du pancréas dans une anse jéjunale préalablement exclue, selon le procédé de Coffey-Kausch.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Antonin PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BRENNER. — Das primäre Carcinom des D. choledochus. Virch. Arch. T. 158, 1899, p. 253.
- BUSSON. — Du Cancer de l'ampoule de Vater. Thèse Paris, 1890.
- CADE et LERICHE. — Cancer de la région vaterienne. Lyon médical. T. 113, 1909, p. 1040.
- CADE. — Sur le diagnostic du cancer de l'ampoule de Vater. Lyon médical, T. 118, 1912, p. 338.
- Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin. Octave Doin, 1910, p. 834.
- CHAMBRAS. — Les cancers de l'ampoule de Vater. Thèse Paris, 1907.
- COFFEY. — Pancréato-entérostomie and Pancréatectomie. Annals of surg. T. 50, 1909, p. 1238.
- CORDUA. — Carcinom der Papilla duodenalis, Münch. méd. 1906, p. 2324.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications. Thèse inaugurale, Lyon, juillet 1908.
- Traitement chirurgical des cancers de l'ampoule de Vater, par la résection circulaire du duodénum. Lyon chirurgical, 1^{er} juin 1909.
- Traitement chirurgical du cancer des voies biliaires. Revue de Chirurgie, T. 39, 1909, p. 1135.
- DIEULAFOY. — Manuel de Path. Int. T. 2, Masson, 1908, p. 691.
- DOMINICI. — Cancer de la région vaterienne. Presse médicale, 26 juillet 1899.

- DURAND-FARDEL. — Arch. de Médecine. Paris 1840.
- HALSTED. — Surgery of the bile passages, esp. of the common bile duct. Johns Hopkins, Hosp. Bull, n° 106, janvier 1900.
- HANOT. — Bulletin médical, 1896, n° 28, p. 329.
- HARTMANN. — Cancer de l'ampoule de Vater. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 1910, p. 1340.
- HOFFMANN. — Fall von Carcinom papillae duodeni D. Méd. W. 1912, p. 143.
- HOTZ. — Extirpation des Carcinoms an der Vater, schen Papillae. Bruns, Beitr. T. 76, 1911, p. 816.
- Compte-rendu de la Berlin. Méd. Gesell, 7 février 1894, in Berlin. Klin. Woche, 5 mars 1894.
- KAUSCH. — Die Resektion des mittleren duodenum. Zentrabl. für Chirur. 1909, p. 1350.
- Ueber Gallenweg Darmverbindungen. Arch. für Klin. Chirur. T. 97, 1912, p. 249.
- Das Carcinom der Papilla duodeni und seine radicale Entfernung. Separatabdruck aus Beitr zu Klin. Chirur. 1912. Tübingen.
- KÖRTE. — Operationen am choledochus wegen Verengerung durch Narben oder Carcinom. Arch. für Klin. Chirur. T. 71, 1909, p. 1049.
- Weitere Erfahrungen über Operationen an den Gallenwegen. Arch. für Klin. Chirur. T. 89, 1909, p. 1.
- LECLERC et FLAISSIER. — Lyon médical, 1908, T. 111, p. 1034.
- LERICHE. — Cancer de la région vaticienne. Lyon médical. T. 113, 1909, p. 1040.
- LETULLE. — Les cancers primitifs de l'ampoule de Vater. Presse médicale, 21 avril 1906, p. 256.
- LETULLE et NATTAN-LARRIER. — L'ampoule de Vater. Arch. des sciences médicales, Paris 1908, T. 3, p. 180.
- MAYO. — Malignant disease of the common bile duct. Northwest Med. T. 1, 1903.
- MIODOWSKY. — Zur Pathol des primären und sekundären Gallenwegangs carcinoms. Virch. Arch. 1902, T. 169, p. 117.

- MORIAN. — Choledochus carcinom an der Papilla Vateri. D. Zeitschrift für Chirur. 1909, T. 98, p. 366.
- OPPENHEIMER M^{me}. — Carcinom an der Papilla Vateri. Deutsche Zeitschrift für Chirur. T. 115, 1912, p. 415.
- PIC. — Contribution à l'étude du cancer primitif du duodénum. Revue de chirurgie, 1894-1895.
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, p. 374.
- QUÉNU. — De l'opération radicale dans le cancer des voies biliaires. Revue de Chirur. 1909, p. 245.
- RIEDEL. — Die Pathogenese des Gallensteinleidens. Iéna, 1903.
- SCHÜLLER. — Zur Kasuistik und chirurgie des primären carcinoms der Papilla Vateri. Bruns' Beitr. T. 31, 1901, p. 682.
- SLAJMER. — Transduodénale exstirpation des carcinoms der Papilla Vateri. Südslav. Congress 1911. Zentr für Chirur. 1912, p. 257.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, T. 1.
- VERHOOGEN. — Hôpital St-Jean, service Chirurgie. Compte-rendu Bruxelles, 1905, p. 109.
- VINCENT Georges. — Du cancer de l'ampoule de Vater. Thèse Paris, 1896.
-

~~~~~

Imprimerie DUCROS et LOMBARD. — Valence.

~~~~~